

조치 통지

카운티 명

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

통지일: _____
 케이스 이름: _____
 케이스 번호: _____
 담당자 이름: _____
 번호/ID: _____
 전화번호: _____
 24시간 정보: _____
 주소: _____

(ADDRESSEE)

┌
└

질문이 있으십니까? 담당자에게 물어 보거나 위 번호로 전화해 주십시오.

주 정부 공청회: 본 조치가 잘못되었다고 생각하는 경우 공청회를 요청할 수 있습니다. 요청 방법은 본 페이지 뒷면을 참조하십시오. 본 조치가 시행되기 전에 공청회를 요청하는 경우 수당이 변경되지 않을 수도 있습니다.

_____ 일자로 카운티는 귀하에 대한 다음의 지급을 중지합니다.

- 현금 보조금
- CalFresh(식료품 지원)

이유는 다음과 같습니다.

이번 달 11일 현재, 카운티는 아직 이번 달에 제출되어야 할 귀하의 연 2회 신고서(SAR 7)를 받지 못했습니다.

계속 현금 보조금 및/또는 CalFresh 수당을 수령하려면 반드시 SAR 7을 완료된 상태로 제출해야 합니다.

SAR 7은 모든 질문에 빠짐없이 답변하고 필요한 증빙 서류를 첨부한 경우에 완료된 것으로 간주합니다.

카운티는 반드시 다음 달 첫 번째 영업일까지 완료된 신고서를 받아야 합니다.

귀하가 완료된 SAR 7 양식을 제출하지 않았기 때문에 수당 지급이 중지된 경우 전환기 CalFresh 수당은 지급되지 않습니다. 전환기 CalFresh와 관련해 궁금한 점이 있으면 해당 카운티 담당관에게 문의하십시오.

귀하가 제출한 정보에 따라 귀하의 현금 보조금 및/또는 CalFresh 수당이 변경 또는 지급 중지될 수 있습니다.

다음 달 중 아무 때나 귀하가 현금 보조금 및/또는 CalFresh 수령 자격을 충족함을 입증해 보이는 SAR 7 양식을 제출할 경우, 귀하의 수당은 해당 양식 제출일부터 지급됩니다.

Medi-Cal(의료비 지원): 본 통지는 Medi-Cal 수당 지급에 금액 변경이나 지급 중지 등의 영향을 미치지 **않습니다**. Medi-Cal 혜택과 관련해 변동 사항이 있는 경우 별도의 통지를 받게 됩니다. 귀하의 플라스틱 혜택 식별 카드(Benefits Identification Card)를 계속 사용하십시오.

귀하 및 귀하 가족은 현금 보조금이 지급 중지되더라도 Medi-Cal은 계속 수령할 수 있으며.

- 직장 또는 본인이 시작한 사업으로부터 소득이 있거나 급여가 인상된 경우에도 마찬가지입니다.
- 자녀 양육비/배우자 부양비를 받기 시작하거나 금액이 늘어난 경우에도 마찬가지입니다.

SAR 7 작성과 관련해 도움이 필요한 경우 카운티에 연락해 도움을 요청하십시오.

수신자 부담 전화: _____

규정: 적용 규정: 귀하의 담당 복지 사무소에서 검토할 수 있습니다 - 현금 보조금: MPP Sections 40-105.1, 40-181.22, CalFresh: MPP Sections 63-103n(1), 63-508.6. TCVAP, RCA 및 ECA: MPP Sections 70-105.1, 69-206 및 69-301.

심리를 신청할 권리

귀하가 카운티의 조치에 동의하지 않는 경우에는 심리를 신청할 권리가 있습니다. 귀하는 90일 이내에 심리를 신청해야 합니다. 이 90일의 기간은 해당 카운티가 이 통지서를 전달 또는 우송한 날로부터 시작됩니다. 귀하가 심리를 90일 이내에 신청할 수 없었던 정당한 사유가 있는 경우에는 이 기간이 지난 후에도 심리를 신청할 수 있습니다. 정당한 사유를 제시하면 계속 심리 일정을 정할 수 있습니다.

Cash Aid(현금 보조), Medi-Cal(메디칼), CalFresh 또는 Child Care(보육)에 대한 조치를 취하기 전에 심리를 신청하는 경우:

- Cash Aid 또는 Medi-Cal은 귀하가 심리를 기다리는 동안 동일하게 유지됩니다.
- Child Care 서비스는 귀하가 심리를 기다리는 동안 동일하게 유지될 가능성이 있습니다.
- CalFresh 혜택은 귀하가 심리일 또는 증명 기간 종료일 중에서 더 이른 날짜까지 동일하게 유지됩니다.

심리에서 저희가 옳다는 판정을 받는 경우, 귀하는 추가로 받은 **Cash Aid, CalFresh 또는 Child Care Services**를 저희에게 반환해야 합니다. 심리를 시작하기 전에 귀하의 혜택을 축소 또는 중단하려면 아래에 표시하십시오.

축소 또는 중단 혜택: Cash Aid CalFresh
 Child Care

다음의 혜택에 대한 심리의 판정을 기다리는 동안:

Welfare to Work(근로 연계 복지):

귀하는 근로 활동에 참여할 필요가 없습니다.

귀하는 이 통지서를 받기 전에 카운티가 승인한 취업 및 근로 활동을 위한 보육 지급금을 받을 수 있습니다.

저희가 귀하에게 다른 지원 서비스에 대한 지급금이 중단될 것이라고 알려준 경우, 귀하는 근로 활동에 참여하더라도 더 이상 지급금을 받을 수 없습니다.

저희가 다른 지원 서비스 비용을 지급할 것이라고 귀하에게 알려준 경우, 그 서비스는 저희가 이 통지서에서 귀하에게 알려준 방법으로 해당 금액을 지급 받을 것입니다.

- 서비스를 받기 위해서는 카운티가 귀하에게 참석하라고 알려준 근로 활동에 가야 합니다.
- 귀하가 심리에 대한 판정을 기다리는 동안 카운티가 지불하는 지원 서비스 금액이 귀하가 근로 활동에 참여하기에 충분하지 않은 경우, 귀하는 근로 활동에 가는 것을 중단할 수 있습니다.

Cal-Learn:

- 저희가 귀하에게 서비스를 제공할 수 없다고 알려준 경우, 귀하는 Cal-Learn 프로그램에 참여할 수 없습니다.
- 저희는 승인된 학습 활동에 대한 Cal-Learn 지원 서비스 비용만을 지급할 것입니다.

기타 정보

Medi-Cal 관리진료 플랜 가입자: 이 통지서에 기재된 조치는 귀하가 관리진료 건강플랜으로부터 서비스를 받는 것을 중단시킬 수도 있습니다. 질문이 있으면 귀하의 건강플랜 가입자 서비스에 연락할 것을 권합니다.

아동 지원 및/또는 의료 지원: 지역 아동 지원 기관은 귀하가 현금 보조를 받고 있지 않더라도 양육비를 징수하는 것을 무료로 지원할 것입니다. 아동 지원 기관이 현재 귀하를 대신해서 양육비를 징수하고 있는 경우, 이 기관은 귀하가 서면으로 중단하라고 할 때까지 계속 양육비를 징수할 것입니다. 이 기관은 징수한 현재의 양육비를 귀하에게 보낼 것이나, 카운티에 지불해야 하는 연체된 양육비를 징수하는 경우에는 이 기관이 보유합니다.

가족계획: 귀하의 복지사무소는 귀하가 요청하는 경우 이에 대한 정보를 보낼 것입니다.

심리 파일: 귀하가 심리를 신청하는 경우, 주 심리국은 파일을 작성할 것입니다. 귀하는 심리를 열기 전에 이 파일을 보고, 또한 심리를 열기 최소한 2일 전에 귀하의 케이스에 대한 카운티의 입장 진술서 사본을 받을 권리가 있습니다. 주정부는 귀하의 심리 파일을 복지국과 연방 보건복지 및 농무부에 제공할 수도 있습니다. (**복지 및 기관법 제10850 및 10950조.**)

심리 신청 방법:

- 이 페이지를 작성하십시오.
- 기록을 남기기 위해 이 페이지의 앞면과 뒷면을 복사하여 보관하십시오. 귀하가 요청하는 경우, 케이스 워커가 이 페이지의 사본을 제공할 것입니다.
- 이 페이지를 다음의 주소로 발송하거나 직접 제출하십시오:

또는

- 무료 전화 **1-800-952-5253** 또는 **1-800-952-8349**(TDD를 사용하는 청각 또는 언어 장애인용)로 전화하십시오.

도움이 필요한 경우: 귀하에 위에 기재된 무료 주 전화번호를 사용하여 심리권에 대해 질문하거나 법률 지원 소개를 요청할 수 있습니다. 귀하는 지역 법률 지원 사무소 또는 복지권 사무소에서 무료로 법률 지원을 받을 수도 있습니다.

귀하가 심리에 혼자 출석하기를 원치 않는 경우에는 친구 또는 다른 사람과 동행할 수 있습니다.

심리 신청서

본인은 다음의 혜택에 대한 _____ 카운티 복지국의 조치와 관련하여 심리를 받기를 원합니다.

Cash Aid (현금 보조) CalFresh

Medi-Cal (메디칼)

기타(이곳에 기재) _____

심리 신청 사유: _____

공란이 더 필요하시면 이곳에 표시하고 페이지를 추가하십시오.

본인은 주가 무료로 통역사를 제공해 주기를 원합니다. (친척 또는 친구는 심리에서 귀하를 위해 통역할 수 없습니다.)

본인이 사용하는 언어 또는 방언: _____

혜택이 거부, 변경 또는 중단된 사람의 이름

생년월일	전화번호
------	------

주소

시 주 우편번호

서명 날짜

이 양식을 작성한 사람의 이름 전화번호

본인은 아래에 기명된 사람이 이 심리에서 본인을 대리하기를 원합니다. 본인은 이 사람이 본인의 기록을 보거나 본인을 대신해서 심리에 출석하는 것을 허락합니다. (이 사람은 친구 또는 친척일 수 있으나, 귀하를 위해 통역할 수는 없습니다.)

이름 전화번호

주소

시 주 우편번호